

1. Der Zahlungsanspruch eines Krankenhauses gegen einen UV-Träger wegen Behandlung eines Versicherten kann sich bei Fehlen eines Vertrages aus den Vorschriften der Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA, §§ 677 ff BGB analog) ergeben.
2. Die Verordnung eines D-Arztes zur stationären Behandlung oder der Umstand, dass das Krankenhaus zum Verletzungsartenverfahren zugelassen ist, vermögen das Erfordernis eines Vertrages zwischen Krankenhaus und UV-Träger nicht zu ersetzen. Ein D-Arzt ist nicht ermächtigt, namens der UV-Träger einen Behandlungsvertrag abzuschließen.
3. Der Eintritt der Fälligkeit des Vergütungsanspruchs ist nicht von der Überlassung der Krankenunterlagen an den UV-Träger abhängig (kein Recht der UV-Träger auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen zwecks Rechnungsprüfung im vorprozessualen Raum).

§ 34 SGB VII, § 683 BGB

Urteil des BSG vom 12.01.2010 – B 2 U 28/08 R –
Aufhebung und Zurückverweisung des Urteils des Sächsischen LSG vom 26.06.2008 – L 2 U 44/06 –

Zu den wesentlichen Aussagen des Urteils und den Auswirkungen auf die Verwaltungspraxis siehe [DGUV-Rundschreiben 0152/2010 vom 23.03.2010](#).

Das **Bundessozialgericht** hat mit **Urteil vom 12.01.2010 – B 2 U 28/08 R –** wie folgt entschieden:

Gründe

I

1

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten gesetzlich unfallversicherten R. P. (Versicherter) streitig.

2

Der Versicherte erlitt am 31. Januar 2004 einen Arbeitsunfall. Er wurde am selben Tag wegen einer Luxation der linken Hüfte in der unfallchirurgischen Abteilung des Krankenhauses B. , dessen Trägerin die Klägerin ist, aufgenommen. Nach seiner Entlassung am 25. Februar 2004 machte die Klägerin mit Rechnung vom 5. März 2004 eine Vergütung von 2.729,41 EUR geltend. Sie verlangte ua für die Zeit vom 20. bis zum 24. Februar 2004 die Fallpauschale für tagesbezogenes Entgelt bei Grenzüberschreitung in Höhe von 704,35 EUR und den (anteiligen) Investitionszuschlag in Höhe von 22,48 EUR. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 30. März 2004 mit, dass der Versicherte nach dem 19. Februar 2004 lediglich krankengymnastisch mobilisiert worden sei und wegen des insoweit nicht notwendigen stationären Aufenthalts nur ein Betrag von 2.002,58 EUR gezahlt werde. Nachdem die Klägerin auf behandlungsbedürftige Kreislaufstörungen hingewiesen hatte, bat die Beklagte um Überlassung von Behandlungsunterlagen.

3

Die Klägerin forderte die Beklagte mit Schreiben vom 28. Juli 2004 auf, den Restbetrag von 726,83 EUR zu zahlen. Das Sozialgericht Dresden hat die am 23. August 2004 erhobene Klage abgewiesen (Gerichtsbescheid vom 7. Januar 2006). Das Sächsische Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 26. Juni 2008). Der Vergütungsanspruch sei gesetzlich nicht geregelt. Er ergebe sich auch nicht aus der "Entgeltvereinbarung für Krankenhäuser im Freistaat Sachsen 2004" vom 3. Mai 2004 (EntgV) und nicht aus der "Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V". Zwischen den Beteiligten sei vielmehr eine Art Drittschuldner-Beziehung zustande gekommen, bei der die Beklagte den Heilbehandlungsanspruch ihres Versicherten auf das Krankenhaus übertragen habe und der Zahlungsanspruch der Klägerin nicht ohne die Möglichkeit der Einsichtnahme in medizinische Unterlagen durch die Beklagte bestehe. Die im Krankenversicherungsrecht für die Fälligkeit von Vergütungsansprüchen geltenden Grundsätze seien nicht maßgebend. Krankenhäuser würden zu 95 vH von Krankenversicherten und nur zu 3 vH von Unfallversicherten belegt. Eine vergleichbare wirtschaftliche Notwendigkeit zur unverzüglichen Begleichung der Rechnungen durch die Unfallversicherungsträger sei daher nicht gegeben. Außerdem stehe den Berufsgenossenschaften der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Überprüfung von Krankenhausrechnungen nicht zur Verfügung.

4

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des § 54 des Vertrages gemäß § 34 Abs 3 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (im Folgenden: Vertrag Ärzte/UV-Träger), abgedruckt in Hauck/Noftz, SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung, Anhang IV K § 34 (Stand: November 2009)) sowie des § 11 Abs 1 Satz 4 und § 8 Abs 7 Satz 3 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG), jeweils iVm Abschnitt IX Abs 1 Satz 1 und 2 EntgV. Durch ihre Zulassung zum Verletzungsartenverfahren sei ein Vertragsverhältnis iS des § 34 Abs 8 SGB VII begründet worden. Diese Zulassung erstrecke sich auch auf andere besondere Heilbehandlungen. Darüber hinaus sei mit der Einweisung des Versicherten durch den Durchgangsarzt (D-Arzt) ein Vertrag zustande gekommen. Sowohl die damit maßgebende Regelung des § 54 Vertrag Ärzte/UV-Träger als auch § 11 Abs 1 Satz 4 und § 8 Abs 7 Satz 3 KHEntgG führten zur Anwendbarkeit der EntgV. Nach Abschnitt IX Abs 1 Satz 1 und 2 EntgV seien Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Eingang bei den zuständigen Kostenträgern zu begleichen. An die EntgV sei auch die Beklagte als nicht beteiligte Vertragspartei gebunden. Sie sei jedenfalls analog anzuwenden, da es ansonsten an Regelungen zur Fälligkeit und zur Zahlungsfrist fehle. Wegen der Notwendigkeit, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser wirtschaftlich abzusichern und eine bedarfsgerechte Krankenversorgung zu gewährleisten, könne nicht von einer bewussten Regelungslücke ausgegangen werden. Eine höhere Belegungsquote zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ergebe sich nur unter Berücksichtigung sämtlicher Krankenkassen. Die EntgV schließe ein Zurückbehaltungsrecht entsprechend § 273 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aus. Darauf könne sich die Beklagte aber auch deshalb nicht berufen, weil es an der vom Bundessozialgericht (BSG) geforderten formal unrichtigen Abrechnung fehle. Abgesehen davon bestehe kein Gegenanspruch auf Herausgabe der Krankenakte über den Versicherten.

5

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 26. Juni 2008 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 7. Januar 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag von 726,83 EUR nebst 2 vH Zinsen hieraus seit dem 22. März 2004 zu zahlen

6

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision ist im Sinne der Aufhebung des angefochtenen Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Die vom LSG festgestellten Tatsachen reichen für eine abschließende Entscheidung über den von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruch nicht aus.

9

Für den hier geltend gemachten Vergütungs- und Zinsanspruch ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Nach § 51 Abs 1 Nr 3 SGG entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung mit Ausnahme der Streitigkeiten aufgrund der Überwachung der Maßnahmen zur Prävention durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Ob eine Streitigkeit öffentlich- oder bürgerlich-rechtlich ist, richtet sich, wenn - wie hier - eine ausdrückliche Rechtswegzuweisung des Gesetzgebers fehlt, nach der Natur des Rechtsverhältnisses, aus dem der Klageanspruch hergeleitet wird. Entscheidend ist, ob der zur Klagebegründung vorgetragene Sachverhalt für die aus ihm hergeleitete Rechtsfolge von Rechtssätzen des Zivil- oder des Sozialrechts geprägt wird, damit die wahre Natur des Anspruchs, wie er sich nach dem Sachvortrag der Klägerin darstellt, und nicht, ob diese sich auf eine zivilrechtliche oder eine öffentlich-rechtliche Anspruchsgrundlage beruft (vgl BSG vom 22. April 2009 - B 13 SF 1/08 R - SozR 4-1500 § 51 Nr 5 RdNr 11; BSG vom 6. September 2007 - B 3 SF 1/07 R - SozR 4-1720 § 17a Nr 3 RdNr 9, jeweils mwN).

10

Die von der Klägerin erhobenen Ansprüche sind danach öffentlich-rechtlicher Natur. Sie macht die Vergütung aufgrund vertraglicher Beziehungen iS des § 34 Abs 8 SGB VII für eine stationäre Behandlung geltend, auf die Versicherte gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach § 26 Abs 1 Satz 1 iVm § 27 Abs 1 Nr 6 SGB VII Anspruch haben und die gemäß § 33 Abs 1 und 2 SGB VII in einem Krankenhaus iS des § 107 Sozialgesetzbuch

Fünftes Buch (SGB V) erbracht wird. Das Streitverhältnis ist damit dem Unfallversicherungsrecht zuzuordnen.

11

Die auf Zahlung der restlichen Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten gerichtete (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG ist statthaft und zulässig. Die Beklagte ist weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des von einem Krankenhausträger wegen der Krankenhausbehandlung eines Versicherten geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruchs durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Ein solcher ist auch nicht ergangen. Die Beklagte hat der Klägerin lediglich die Kürzung des Rechnungsbetrags erläutert. Besondere Sachentscheidungsvoraussetzungen sind nicht zu beachten. Es war weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist einzuhalten (vgl BSG vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R - BSGE 90, 1, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20).

12

Anhand der bisherigen Tatsachenfeststellungen kann nicht entschieden werden, ob der Klägerin der geltend gemachte Vergütungsanspruch nebst Zinsen zusteht. Ein die Vergütung regelnder Vertrag ist zwischen den Beteiligten weder aufgrund der Zulassung zum Verletzungsartenverfahren (dazu 1.) noch mit der Einweisung des Versicherten durch den D-Arzt (dazu 2.) zustande gekommen. Die Klägerin kann sich in Bezug auf den Anspruchsgrund auch nicht auf § 54 Vertrag Ärzte/UV-Träger (dazu 3.), das KHEntgG (dazu 4.) oder die EntgV (dazu 5.) berufen. Als Rechtsgrundlage kommt vielmehr § 683 BGB wegen einer öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) in Betracht. Allerdings setzt der Aufwendungsersatz die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung voraus, die vom LSG zu klären sein wird (dazu 6.). Von deren Feststellung kann nicht wegen der mit der Krankenhausgesellschaft S. eV geschlossenen Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs 2 Nr 1 und 2 SGB V abgesehen werden (dazu 7.). Die Fälligkeit des Aufwendungsersatzes setzt nicht die Überlassung von Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Einsichtnahme und Abrechnungsprüfung voraus (dazu 8.). Deren Versagung führt allenfalls zu einem Leistungsverweigerungsrecht, für dessen Ausübung im gerichtlichen Verfahren aber kein Bedürfnis besteht (dazu 9.).

13

1. Eine vertragliche Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung wird nicht bereits dadurch begründet, dass ein behandlungsbedürftiger Versicherter in ein Krankenhaus aufgenommen wird, das zum Verletzungsartenverfahren (vgl dazu § 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger iVm Anhang 1) zugelassen ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob und inwieweit sich diese Zulassung auch auf andere besondere Heilbehandlungsmaßnahmen erstreckt. Ein durch übereinstimmende Willenserklärungen herbeigeführtes Rechtsgeschäft über die individuelle Behandlung sämtlicher stationär aufgenommener Versicherter allein aufgrund der Berechtigung zur Durchführung bestimmter Heilbehandlungsmaßnahmen ist weder vom LSG festgestellt worden noch zu erkennen.

14

2. Unabhängig davon, dass eine Einweisung des Versicherten durch den D-Arzt vom LSG ebenfalls nicht festgestellt wurde, wäre auch allein dadurch eine Behandlungs- und Vergütungsvereinbarung zwischen den Beteiligten nicht zustande gekommen. Der an einem zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus tätige D-Arzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist (§ 37 Abs 2 Satz 1 Vertrag Ärzte/UV-Träger). Damit wird sicher gestellt, dass der Unfallverletzte die vom Ausmaß der Verletzungen abhängige notwendige Behandlung erhält. Dass einem D-Arzt zugleich die Rechtsmacht eingeräumt wäre, namens der Unfallversicherungsträger eine auf stationäre Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus und deren Vergütung gerichtete Willenserklärung abzugeben, hat das LSG nicht festgestellt und ist auch nicht ersichtlich.

15

3. Ein Vergütungsanspruch lässt sich auch nicht aus § 65 Vertrag Ärzte/UV-Träger (in der Fassung vom 1. Mai 2001) ableiten. Danach sind Arztrechnungen unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von vier Wochen zu begleichen, es sei denn, dies ist aus besonderen Gründen nicht möglich. An diesem Vertrag sind keine Krankenhäuser, sondern nur Ärzte beteiligt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, von den Unfallversicherungsträgern zugelassen oder auf Antrag beteiligt worden sind (§ 4 Abs 1 und 2 Vertrag Ärzte/UV-Träger). Er ist lediglich zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen einerseits sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits zustande gekommen. Die Klägerin ist daher weder unmittelbar noch mittelbar über die sie vertretende Krankenhausgesellschaft Vertragspartei.

16

Die Anwendbarkeit des Vertrages Ärzte/UV-Träger ergibt sich auch nicht aufgrund seiner die stationären Behandlungen betreffenden §§ 54 und 55. Nach § 54 Satz 1 Vertrag Ärzte/UV-Träger gelten bei stationärer Behandlung die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfV; und seit 1. April 2008 des KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung. § 55 Vertrag Ärzte/UV-Träger sieht vor, dass die stationäre Behandlung mit der Aufnahme in das Krankenhaus beginnt, die am Aufnahmetag im Krankenhaus erbrachten ärztlichen Leistungen als stationäre Leistungen gelten und für die im Rahmen stationärer Behandlung außerhalb des Krankenhauses erbrachten Leistungen kein Vergütungsanspruch besteht, soweit sie als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen mit dem Pflegesatz (oder seit 1. April 2008 mit dem aktuellen DRG-Entgelttarif) abgegolten sind. Mit diesen Regelungen wird der Anwendungsbereich des Vertrages Ärzte/UV-Träger nicht auf stationäre Behandlungen und deren Vergütung erweitert. Sie dienen allein der Abgrenzung zu den nicht stationären vergütungsfähigen Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

17

4. Der geltend gemachte Vergütungsanspruch dem Grunde nach ergibt sich auch nicht aus den Vorschriften des KHEntgG in der vom 1. Januar bis zum 26. Juli 2004 gültigen Fassung.

18

Nach § 1 Abs 1 KHEntgG werden die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet. Diese Rechtsnorm begünstigt zwar den konkret bestimmten Personenkreis der Krankenhäuser und macht mit der Formulierung "werden vergütet" die Verpflichtung zu einer Leistung deutlich. Eine Vergütungspflicht ist vom KHEntgG auch bezweckt. Es hat zum 1. Januar 2003 die BpflV bei den Krankenhäusern ersetzt, die dem neu eingeführten DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG unterliegen. Dabei wurde in § 1 Abs 1 KHEntgG die Regelung des § 1 Abs 1 BpflV in der Fassung vom 21. August 1985 (BGBl I 1666) übernommen, die ebenfalls anordnete, dass die stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach dieser Verordnung vergütet werden. Demgegenüber war in § 1 Abs 1 BpflV in der Fassung vom 25. April 1973 (BGBl I 333) noch bestimmt, dass sich die Pflegesätze der Krankenhäuser nach den Vorschriften dieser Verordnung regeln. Mit der zum 1. Januar 1986 eingeführten Neufassung wurde festgelegt, dass die Pflegesätze nicht mehr die Funktion haben, "Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete Krankenhausleistungen zu vergüten" (vgl amtliche Begründung der Bundesregierung, abgedruckt in Schlauß/Bölke, KHG, BpflV, KaGeb, Kommentar Band II, Abschn II S 91, Stand November 1997).

19

Die Eingangsvorschrift des § 1 Abs 1 KHEntgG enthält kein subjektiv-öffentliches Recht auf Zahlung von Entgelten und Zuschlägen für erbrachte Krankenhausleistungen, denn sie verleiht den begünstigten Personen nicht die Rechtsmacht, die Befolgung der öffentlich-rechtlichen Pflicht von dem Hoheitsträger rechtlich verlangen zu können (vgl BSG vom 5. September 2006 - B 4 R 71/06 R - BSGE 97, 63 = SozR 4-2500 § 255 Nr 1, jeweils RdNr 32 mwN). Sie wird vielmehr durch § 7 Satz 1 KHEntgG konkretisiert. Danach werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit im Einzelnen beschriebenen Entgelten "abgerechnet". Die Vorschriften des KHEntgG bilden daher nicht die rechtliche Grundlage für den Vergütungsanspruch dem Grunde nach, sondern nur für die Abrechnung einer vergütungsfähigen Krankenhausbehandlung, indem die Art und die Höhe der zu zahlenden Entgelte und Zuschläge bestimmt wird. Diese Beurteilung wird durch die Systematik des KHEntgG bestätigt. § 1 Abs 1 KHEntgG findet sich im Abschnitt 1 "Allgemeine Vorschriften", während Abschnitt 2 die "Vergütung der Krankenhausleistungen" betrifft, der sich zudem mit den Vereinbarungen von Gesamtbeiträgen, Erlösbudgets, Zu- und Abschlägen sowie sonstigen Entgelten befasst. Die "Entgeltarten und Abrechnung" sind im Abschnitt 3 geregelt.

20

§ 7 Satz 1 Nr 3 und § 9 Abs 2 Halbs 2 KHEntgG iVm der Verordnung zum Fallpauschalensystem der Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004) vom 13. Oktober 2003 (BGBl I 1995) bestimmt nur die Höhe des geltend gemachten Entgelts wegen Überschreitung der Grenzverweildauer. Danach werden die allgemeinen Krankenhausleistungen mit in einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bestimmten ergänzenden Entgelten bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale vergütet (§ 7 Satz 1 Nr 3 KHEntgG). Kommt unter den Vertragsparteien auf Bundesebene - wie hier für das Jahr 2004 - ein Fallpauschalenkatalog nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Fallpauschalenkatalog durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen (§ 9 Abs 2 Halbs 2

KHEntgG iVm § 17b Abs 7 Satz 1 Nr 1 KHG in der Fassung des Fallpauschalenänderungsgesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl I 1461)). Das ist hier mit der KFPV 2004 geschehen. Der streitige Investitionszuschlag ist in § 8 Abs 3 Satz 1 KHEntgG geregelt, der diese Leistung für Krankenhäuser im Beitrittsgebiet bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) vorsieht.

21

5. Soweit sich die Klägerin auf Abschnitt IX Abs 1 Satz 1 EntgV beruft, wonach die Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Eingang bei den zuständigen Kostenträgern zu begleichen sind, kann offen bleiben, ob der Senat mangels revisiblen Bundesrechts oder sonstigen Rechts, dessen Geltungsbereich sich iS des § 162 SGG über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt, an die Anwendung und Auslegung durch das LSG gebunden ist. Die EntgV scheidet als Rechtsgrundlage für die geltend gemachte Forderung dem Grunde nach aus.

22

Die zwischen der Klägerin einerseits und der AOK Sachsen sowie dem Verband der Angestellten-Krankenkassen eV, dem Arbeiter-Ersatzkassenverband eV und dem Krankenhausberatungszentrum der Barmer Ersatzkasse Dresden andererseits schriftlich abgefasste EntgV beruht auf § 11 KHEntgG. Nach Abs 1 dieser Vorschrift haben die Vertragsparteien gemäß § 18 Abs 2 KHG in einer Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte, die Mehr- und Mindererlösausgleiche (Satz 1) sowie eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus (Satz 3) zu regeln. Eine solche Vereinbarung kommt allein durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben (§ 11 Abs 1 Satz 4 Halbs 1 KHEntgG). Die EntgV gilt jedoch nicht für die Beklagte, weil § 18 Abs 2 KHG nur diejenigen Sozialleistungsträger als Vertragsparteien vorsieht, auf die allein im Jahr vor Beginn der Entgeltverhandlungen mehr als 5 vH der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen. Das ist bei der Beklagten nach den Feststellungen des LSG nicht der Fall.

23

Für eine Vertragsbindung der Beklagten in analoger Anwendung des § 11 Abs 1 Satz 4 KHEntgG ist kein Raum. Zur Bestimmung des Begriffs der Vertragspartei verweist § 11 Abs 1 Satz 1 KHEntgG ausdrücklich auf § 18 Abs 2 KHG. Daher fehlt es an einer planwidrigen Regelungslücke als Voraussetzung für eine Analogie (vgl dazu Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 6. Aufl, S 370 ff; BSG vom 20. März 2007 - B 2 U 19/06 R - SozR 4-2700 § 8 Nr 23 RdNr 17). Dass der Gesetzgeber in Kenntnis des § 18 Abs 2 KHG gleichwohl den Kreis der nach § 11 KHEntgG in Frage kommenden Vertragsparteien hätte erweitern wollen, um einer bedarfsgerechten Krankenversorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern Rechnung zu tragen, ist bei einer Belegungsdichte von höchstens 5 vH nicht ersichtlich. Die geforderte Mindestbelegung soll vielmehr gewährleisten, dass die betreffenden Sozialleistungsträger aufgrund ihres Anteils an der Bettenbelegung einerseits die Verhältnisse des Krankenhauses kennen und andererseits ein hinreichendes Eigeninteresse an der sachgerechten Festlegung der Entgelte haben.

24

6. Der für die stationäre Behandlung des Versicherten geltend gemachte Zahlungsanspruch kann sich aus den Vorschriften über eine GoA gemäß §§ 677 ff BGB ergeben. Diese sind im öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden (BSG vom 27. Juni 1990 - 5 RJ 39/89 - BSGE 67, 100, 101 = SozR 3-7610 § 683 Nr 1 S 2 mwN). Für den Bereich der Sozialversicherung gilt dies jedenfalls dann, wenn der Geschäftsführer - wie hier die Klägerin - kein Leistungsträger iS der §§ 102 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist, mithin ein Erstattungsanspruch nach diesen Bestimmungen ausscheidet, und der Geschäftsführer mit der Geschäftsführung eine Aufgabe eines sozialrechtlichen Leistungsträgers übernommen hat (BSG vom 17. November 1999 - B 6 KA 14/99 R - SozR 3-2500 § 75 Nr 11 S 56 mwN). Die öffentlich-rechtliche Natur der GoA ergibt sich hier daraus, dass die Klägerin stationäre Heilbehandlungsmaßnahmen erbracht hat, die von der Beklagten als zuständigem Unfallversicherungsträger als Sachleistung zur Verfügung zu stellen sind (§ 26 Abs 1 Satz 1, Abs 4 Satz 2, § 27 Abs 1 Nr 6 SGB VII). An besonderen Bestimmungen, die das Verhältnis zwischen Geschäftsführer und Geschäftsherrn abweichend regeln, die den Handelnden zum unentgeltlichen Tätigwerden verpflichten oder die einen Rückgriff auf die Grundsätze über die GoA nicht erlauben, fehlt es im vorliegenden Verfahren (vgl BSG aO).

25

Nach § 677 BGB handelt es sich um eine GoA, wenn jemand ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein. In einem solchen Fall kann der Geschäftsführer gemäß § 683 BGB wie ein Beauftragter (§ 670 BGB) Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Die Klägerin war weder von der Beklagten mit der stationären Behandlung des Versicherten beauftragt worden noch ihr gegenüber aus anderen Gründen dazu berechtigt. Dass die stationären Behandlungen in Krankenhäusern zu erbringen sind (§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB VII), steht der Annahme einer Fremdgeschäftsführung nicht entgegen. Ob die Klägerin ein Geschäft geführt hat, das dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen der Beklagten entsprochen hätte, kann indes wegen fehlender Tatsachenfeststellungen nicht abschließend beurteilt werden. Diese Voraussetzungen wären dann erfüllt, wenn die Klägerin eine medizinisch erforderliche Behandlung durchgeführt hätte, die die Beklagte im Verhältnis zum Versicherten als Sachleistung der gesetzlichen Unfallversicherung hätte erbringen müssen.

26

Das LSG hat - von seinem Rechtsstandpunkt aus zutreffend - keine Feststellungen dazu getroffen, dass die stationäre Behandlung des Versicherten über den 19. Februar 2004 hinaus medizinisch geboten war. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für die Zeit vom 20. bis zum 24. Februar 2004 ist aber eine Bedingung für die Entstehung und Fälligkeit des behaupteten Vergütungsanspruchs - hier in Form des Aufwendungsersatzes - und kann daher nicht offen bleiben. Nach § 26 Abs 1 Satz 1 iVm § 27 Abs 1 Nr 6 SGB VII haben Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung in Krankenhäusern. Die stationäre Behandlung wird gemäß § 33 Abs 1 und 2 SGB VII in einem Krankenhaus iS des § 107 SGB V erbracht, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden kann. Sie umfasst nach § 33 Abs 1 Satz 3 SGB VII im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall für die medizinische

Versorgung der Versicherten notwendig sind. Die Vergütung einer medizinisch nicht notwendigen stationären Krankenhausbehandlung ist daher ausgeschlossen. Das LSG wird infolgedessen die gebotenen Feststellungen dazu nachzuholen haben, ob die Krankenhausbehandlung des Versicherten über den 19. Februar 2004 hinaus medizinisch erforderlich war.

27

7. Darauf kann nicht deshalb verzichtet werden, weil die Fälligkeit der Vergütungsansprüche der Klägerin gegenüber den Krankenkassen ggf vor Klärung der medizinischen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung eintritt. Das BSG hat die in vielen Landesverträgen zu § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V vereinbarte Regelung, dass die Krankenkassen die Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen haben, zwar stets dahingehend ausgelegt, dass die Fälligkeit nach Ablauf der Zahlungsfrist unabhängig davon eintritt, ob ein Prüfverfahren zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll oder ein solches noch nicht abgeschlossen ist, und dass die Krankenkasse in derartigen Fällen zur Zahlung verpflichtet ist, ohne das Ergebnis des Prüfverfahrens abwarten zu dürfen (BSG vom 30. Juni 2009 - B 1 KR 24/08 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG vom 28. September 2006 - B 3 KR 23/05 R - SozR 4-2500 § 112 Nr 6 RdNr 12 S 30 mwN). Diese Rechtsprechung betrifft aber allein die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Eine den Landesverträgen zu § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V entsprechende vertragliche Vereinbarung ist mit Wirkung für die Beklagte nicht abgeschlossen worden. An der mit der Krankenhausgesellschaft S. eV getroffenen Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs 2 Nr 1 und 2 SGB V ist die Beklagte nicht beteiligt.

28

8. Entgegen der Ansicht der Vorinstanzen ist der Eintritt der Fälligkeit des Vergütungsanspruchs nicht von der Überlassung der Krankenunterlagen an die Beklagte abhängig. Eine solche Fälligkeitsvoraussetzung ist weder vertraglich noch gesetzlich bestimmt. Sie ergibt sich auch nicht aus der Eigenart des Rechtsverhältnisses zwischen Krankenhaus- und Unfallversicherungsträger. Zwar sind die Krankenhausträger im Regelfall wirtschaftlich nicht unumgänglich darauf angewiesen, dass die Unfallversicherungsträger Rechnungen über stationäre Behandlungen sofort und ohne vorherige Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen begleichen. Die im Krankenversicherungsrecht geltenden Fälligkeitsregelungen sind auf das Unfallversicherungsrecht nicht zu übertragen, weil Krankenhäuser nur zu 3 vH mit Unfallversicherten belegt sind. Daraus folgt aber nicht, dass Zahlungsansprüche der Krankenhausträger, sofern sie wegen der notwendigerweise durchgeführten Behandlung entstanden sind, nicht sofort fällig werden. Entstandene Zahlungsansprüche können auch dann sofort geltend gemacht werden und sind vom Schuldner sofort zu erfüllen, wenn der Gläubiger wirtschaftlich nicht darauf angewiesen ist (vgl § 271 Abs 1 BGB).

29

Nichts anderes gilt im Hinblick darauf, dass die Unfallversicherungsträger nicht auf eine dem MDK entsprechende Einrichtung zurückgreifen können. Dies erschwert ihnen zwar eine Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, vor allem dann, wenn sie - wie hier - erst nach abgeschlossener Behandlung unterrichtet werden. Gleichwohl ist es nicht erforderlich, dass deshalb der Zeitpunkt des Eintritts der Fälligkeit eines entstandenen An-

spruchs hinausgeschoben wird. Denn der Krankenhausträger leistet und finanziert vor, während der Unfallversicherungsträger im Falle der verspäteten Zahlung allein das Risiko trägt, einen Verzugsschaden ersetzen und Prozesszinsen zahlen zu müssen.

30

Zahlt der Unfallversicherungsträger den geltend gemachten Rechnungsbetrag nicht oder nur zum Teil, weil er die Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch dem Grunde oder der Höhe nach nicht als erfüllt ansieht, geht er das Risiko der gerichtlichen Inanspruchnahme durch den Krankenhausträger ein. Erkennt er im Laufe des Rechtsstreits die Haupt- und Nebenforderung an, bleibt zudem das Risiko, mit den Kosten des Verfahrens belastet zu werden (§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 156 Verwaltungsgerichtsordnung). Diesem Kostenrisiko des Unfallversicherungsträgers steht das Beweisrisiko des klagenden Krankenhausträgers gegenüber. Dieser trägt die Beweislast für diejenigen Tatsachen, die den geltend gemachten Anspruch begründen (BSG vom 30. Juni 2009 - B 1 KR 24/08 R - mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) und damit ua auch für die Notwendigkeit der erbrachten Krankenhausleistungen und die Verfahrenskosten im Falle des Unterliegens wegen Beweislosigkeit. Allein diese Risikoverteilung zwischen Krankenhaus- und Unfallversicherungsträger vermag die Begründung einer außergesetzlichen zusätzlichen Fälligkeitsvoraussetzung in Form der Herausgabe der Behandlungsunterlagen nicht zu rechtfertigen.

31

9. Es kann dahinstehen, ob der Unfallversicherungsträger berechtigt ist, vom Krankenhausträger die Herausgabe von Krankenunterlagen zum Zwecke der Einsichtnahme und Abrechnungsprüfung zu verlangen. Ein solcher Anspruch begründet allenfalls ein Zurückbehaltungsrecht in entsprechender Anwendung des § 273 BGB, das aber nicht zur Klageabweisung, sondern nur zur Verurteilung zur Zahlung des Rechnungsbetrages Zug um Zug gegen Überlassung der Behandlungsunterlagen des Versicherten an die Beklagte führen könnte (§ 274 BGB). In einem auf Verurteilung zur Zahlung von Krankenhausentgelten gerichteten sozialgerichtlichen Klageverfahren stellt sich jedoch die Frage, ob der Unfallversicherungsträger wegen der Weigerung eines Krankenhauses, Behandlungsunterlagen zu überlassen, zur Leistungsverweigerung befugt ist, regelmäßig nicht. Denn das Zurückbehaltungsrecht des Schuldners setzt das Bestehen eines Anspruchs des Gläubigers auf die verweigerte Leistung voraus. Damit hat das Gericht - wie bereits ausgeführt wurde - sämtliche Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs, infolgedessen die Voraussetzungen des stationären Heilbehandlungsanspruchs des Versicherten gegen den Unfallversicherungsträger einschließlich der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung festzustellen, ehe es den Unfallversicherungsträger zur Zahlung verurteilt.

32

Ob die stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten infolge eines Versicherungsfalles aus medizinischen Gründen im durchgeführten Umfang erforderlich war, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes eigenständig zu überprüfen (BSG Großer Senat vom 25. September 2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, jeweils RdNr 27 f). Es hat daher von Amts wegen (§ 103 SGG) zu ermitteln, ob das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden konnte (§ 33 Abs 1 SGB VII). Zur Klärung dieser Frage sind die Behandlungsunterlagen vom klagenden Krankenhausträger beizuziehen (§ 106 Abs 3 Nr 2 SGG).

Zur Übersendung der Behandlungsunterlagen ist der Krankenhausträger auch ohne Einverständniserklärung des Versicherten im Rahmen seiner prozessualen Mitwirkungslast nach § 202 SGG iVm § 142 Zivilprozessordnung verpflichtet (vgl BSG vom 15. November 2007 - B 3 KR 13/07 R - SozR 4-1500 § 120 Nr 2 RdNr 19), so dass auch der Unfallversicherungsträger im gerichtlichen Verfahren die Möglichkeit hat, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung zu beurteilen. Geht er nach Prüfung der Krankenakte von der medizinischen Erforderlichkeit der stationären Behandlung aus, kann er dem durch Anerkenntnis (§ 101 Abs 2 SGG) Rechnung tragen. Sieht er weiterhin die Voraussetzungen des behaupteten Zahlungsanspruchs als nicht erfüllt an, obliegt dem Gericht die Entscheidung über deren Vorliegen und damit auch über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. In beiden Fällen besteht kein Bedürfnis für die Geltendmachung eines Zurückbehaltungsrechts.

33

Sollte das LSG im wieder eröffneten Berufungsverfahren die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung feststellen, wird es auch über den geltend gemachten Zinsanspruch zu entscheiden haben.

34

Die Kostenentscheidung für das Revisionsverfahren bleibt dem LSG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3 und § 47 Abs 1 Satz 1 Gerichtskostengesetz.